

Estado de Idaho
Departamento de Salud y Bienestar

HW0592
11/2003
Section II

REPORTE DE CAMBIOS

Para el Uso de la Oficina:

CI# _____ Date Report Received _____ Person Taking Report _____

REPORTE CAMBIOS EN SU SITUACION PARA QUE SUS BENEFICIOS SEAN CORRECTOS. USE LA GUIA AL DORSO DE ESTA FORMA PARA SABER QUE CAMBIOS TIENE QUE REPORTAR.

Complete la siguiente información para reportar un cambio. Firme ésta forma. Mándela por correo o llévela a su Oficina Local del Departamento de Salud y Bienestar. Usted también puede reportar cambios por teléfono. Llame a la oficina del Departamento de Salud y Bienestar al _____

Su Nombre: _____ Su Número de Caso o Número de Seguro Social _____

Díganos que fue lo que cambió:

¿Cuándo ocurrió (o ocurrirá) el cambio?: _____
(Mes--Día--Año)

¿Continuará este cambio el próximo mes? ___ Si ___ No

Si no, ¿Por qué no? _____

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Número de Teléfono _____ Otro _____

Firma de la persona que esta reportando el cambio _____ Fecha _____

Para el Uso de la Oficina:

Necesitamos prueba del cambio que reporto para el: _____
(Mes--Día--Año)

Por favor provea las siguientes pruebas del cambio:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Pídale a su trabajador social que le ayude si se le dificulta obtener pruebas del cambio.

PENAS POR MALA REPRESENTACION: La deliberada mala representación por fallar a reportar cambios en su situación o el no reportar los cambios tal y como son puede resultar en:

- Pérdida o reducción de beneficios.
- Quejas administrativas para recuperar pagos.
- Acciones legales.

REPORTE DE CAMBIOS

Los cambios que usted tiene que reportar dependen de la clase de beneficios que recibe. Use esta guía para saber que cambios necesita reportar. Si tiene preguntas acerca de cómo reportar, por favor comuníquese con nosotros.	Seguro Médico para Niños	Seguro Médico o Dinero para Adultos	Cuidado o Para Niños	Estampillas para Comida Para Hogares con Reporte Simplificado	Estampillas para Comida Para Hogares Reportando Cambios	Asistencia Financiera Temporaria para Familias
---	---------------------------------	--	-----------------------------	--	--	---

Para cambios en **Ingreso**, reporte:

Cuando su ingreso total sobrepasa el límite				X		
Cuando el ingreso por trabajo cambia por más de \$100		X	X		X	X
Cuando el ingreso de otros recursos cambia por más de \$50		X	X		X	X
Para un adulto sin impedimentos entre las edades de 18 y 50 quien no recibe cupones de comida con alguien menor de 18, reporte cuando las horas trabajadas son menos que 80 horas por mes.				X	X	

Para cambios en **Recursos**, reporte:

Cambios en vehículos, cuentas bancarias, propiedad, etc.		X			X	X
--	--	----------	--	--	----------	----------

Para cambios en **Gastos**, reporte:

Cambios en vivienda subsidiada						X
Cambios en los gastos para el cuidado de sus niños		X	X			X
Cambios en el proveedor de cuidado para sus niños			X			
Cambios en el sostenimiento de niños ordenado por la corte que debe pagar		X	X			X

Para cambios en **información personal**, reporte:

Cambios de su nombre, estado civil o Número de Seguro Social		X	X			X
Cambios en su dirección	X	X	X	X	X	X
Cambios de quién vive en su hogar		X	X		X	X
Si empieza, termina o sus horas cambian en un programa educativo o de entrenamiento			X			X
Cambios en su seguro médico, incluyendo Medicare	X	X				
Cambios en su estado de incapacidad		X				X
Cuando su embarazo termine		X				

Reporte todos los cambios dentro de diez días.